45e Année. — N° 36. Vendredi 9 Septembre 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Médecine publique : Prophylaxie des maladies contagieuses, et en particulier de la tuberculose dans le service des Bureaux de bienfaisance, par M. Barbillon, 561. — **Revue de la presse** : Durée de l'incubation de la fièvre typhoïde, 563. — Diabète et hydrothérapie, 563. — **Académie des sciences** : *Séance du 29 août* 1898. Présidence de M. Wolf : Mesure à prendre pour l'uniformisation des méthodes et le contrôle des instruments employés en physiologie, 564. — Modifications des organes dans la course de soixante-douze heures en bicyclette, étudiées par la phonendoscopie, 566. — **Académie de médecine** : *Séance du 6 septembre* 1898. Présidence de M. Panas, 566. — Traitement médical de l'épilepsie, 567. — Rapports, 567. — Éducation physiologique du caractère, 567. — **Congrès de la tuberculose** : *Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août* 1898, sous la présidence de M. Nocard (*suite*). — Valeur sémiologique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire, 567. — Tuberculose primitive de la clavicule, 567. — Les toxi-tuberculides, 567. — Curabilité de la tuberculose laryngée, 569. — Traitement des abcès froids, 569. — **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France** : *Tenu à Angers du 1er au 7 août* 1898. — De l'influence de la lumière colorée dans le traitement des maladies nerveuses, 569. — OEdème familial, 569. — Myopathie primitive. Examens électriques. Amélioration par l'organothérapie musculaire, 569. — Un cas prolongé de respiration de Cheyne Stokes, 570. — Un cas de maladie de Little, 570. — Un cas de chorée saltatoire chronique datant de vingt-cinq ans, guéri en cinq mois, 570. — Du rôle de la prédisposition et de la dégénérescence dans la genèse de la paralysie générale, 570. — Délire de revendication, 570. — La médecine mentale à la campagne, 571. — De l'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie cérébrale, 571. — Basophobie chez un hémiplégique, 571. — Le rôle de l'appareil cardio vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies neurasthéniques, 571. — De la basophobie chez les ataxiques, 571. — **Association française pour l'avancement des sciences : Congrès de Nantes** : Sur l'augmentation de fréquence du diabète, 571. — De la pomme de terre dans le régime du diabétique, 572. — Pathogénie du diabète. 573; etc. — **Memento pratique**, 574. — **Jurisprudence médicale**, 575. — **Nouvelles**, 576. — **Bulletin**, 577. — **Bibliographie**, 578.

MÉDECINE PUBLIQUE

Prophylaxie des maladies contagieuses, et en particulier de la tuberculose, dans le service des Bureaux de bienfaisance (1).

Par M. Barbillion.

L'hygiène publique et privée domine actuellement et à juste titre les préoccupations médicales ; la plus grande somme de nos efforts est consacrée à combattre la propagation des maladies contagieuses, et notre rôle, autrefois presque exclusivement thérapeutique, tend de plus en plus à devenir préventif.

Si la tâche est relativement facile dans les milieux aisés, il en va tout autrement dans les familles pauvres où nous appelle chaque jour notre service du Bureau de bienfaisance. Ce serait bien mal comprendre notre rôle que de le borner à l'examen du malade et à quelque vague prescription pharmaceutique. Nos fonctions nous imposent des devoirs plus étendus ; nous devons nous préoccuper non seulement du malade, mais encore de son entourage, et notre sollicitude à cet égard doit se faire d'autant plus ingénieuse et improvisatrice que les difficultés auxquelles elle doit faire face sont plus grandes.

Notre Société, Messieurs, l'a dès longtemps compris ainsi : ses nombreux travaux sur la question, et les discussions intéressantes auxquelles ils ont donné lieu en sont la preuve. Aussi bien la question de la prophylaxie des maladies contagieuses dans le service du traitement à domicile est-elle en permanence à l'ordre du jour de nos séances. Je vous demande la permission d'apporter à l'œuvre commune le faible tribut de quelques réflexions personnelles.

Nous savons tous à quelles difficultés matérielles nous nous heurtons quand il s'agit de faire prendre quelque mesure de simple propreté, d'hygiène rudimentaire, et à plus forte raison de minutieuse antisepsie, dans de misérables mansardes où tout fait défaut, où l'air, l'espace, le soleil sont parcimonieusement distribués. Ici les objets de première nécessité manquent : pas de feu ; pas de linge ; pas d'ustensiles suffisants ; la malpropreté des êtres et des choses est parfois extrême, la promiscuité est de tous les instants entre les individus bien portants et les malades ; la misère, l'encombrement, le découragement et l'insouciance multiplient à l'excès les sources de contamination morbide. A quoi bon évoquer devant vos yeux la vision de ces enfants atteints de coqueluche, de scarlatine, de diphtérie, de rougeole, dont le mal évolue au milieu d'autres enfants aujourd'hui bien portants encore, mais qui demain seront la proie de la maladie ! Et ces malheureux phtisiques qui crachent partout, sans relache, qui pendant des semaines, des mois, des années, disséminent dans leur entourage leurs semailles de mort ; et ces enfants qui dorment à poings fermés, le nez sur l'oreiller englué des crachats de leur père ou de leur mère. Nous donnons bien quelques conseils ; nous prescrivons le crachoir, les antiseptiques, le nettoyage des mains, le passage à l'eau bouillante des ustensiles de ménage qui ont servi au malade. — Croyez-vous, Messieurs, que ces conseils soient suivis ? En conscience, j'ai la conviction qu'ils ne le sont guère, ou pas du tout ; dans tous les cas, je les crois tout à fait insuffisants pour empêcher le développement de la contagion, et

(1) Communication à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.

quand on se demande, en somme, à quoi aboutissent nos efforts dans le sens de la prophylaxie effective des maladies contagieuses, on est tenté de se répondre avec découragement qu'une goutte d'eau ne saurait éteindre une fournaise.

Le remède à un pareil état de choses, le seul remède efficace dont nous puissions actuellement disposer, c'est l'hospitalisation du contagieux. Mais si l'hôpital ouvre libéralement ses portes devant les contagions à réputation retentissante, comme la fièvre typhoïde, le choléra, la diphtérie, etc., il n'en est pas de même pour les tuberculoses ; le phtisique ne se résout à solliciter un lit d'hôpital qu'après de longs mois pendant lesquels il a continué à vivre de la vie de famille, constituant ainsi un danger permanent pour son entourage. Les enfants atteints de coqueluche, de rougeole, d'angines d'apparence bénigue mais cependant suceptible de disséminer le bacille de Löffler, sont gardés à domicile avec toutes les éventualités qui en résultent pour les autres enfants : — c'est ainsi que nous observons trop souvent des cas de contagion familiale ; et la tuberculose en particulier demeure rarement solitaire dans les familles où elle s'est manifestée ; un des derniers cas que j'ai observés est à ce sujet particulièrement instructif. Je vous demande la permission de vous le résumer en deux mots :

Joseph C.., 34 ans, peintre (service du Bureau de bienfaisance du XIV[e] arrondissement). Milieu relativement propre ; logement assez spacieux, aéré et ensoleillé ; la tuberculose date de deux ans ; la première manifestation a été une pleurésie (tuberculose fermée par conséquent). — Réformé pour bronchite tuberculeuse il y a un an, époque présumée où il a commencé à cracher et à devenir contagieux. — Vers cette même époque le premier enfant de cet homme est atteint de pelade ; il est admis à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, soustrait au foyer familial et se porte actuellement très bien :

Le second enfant, 8 ans, a continué de vivre avec son père : il est atteint de tumeur blanche du genou depuis trois mois, à la suite d'une chute, et est entré à l'hôpital,

Le troisième enfant, âgé de 3 ans, demeuré également chez ses parents, est atteint de bronchite suspecte, et différents symptômes font craindre l'imminence de tuberculose méningo-encéphalique.

Cette observation serait banale sans ce fait que le seul enfant qui a dû à sa pelade d'être soustrait de bonne heure au foyer familial est en bonne santé, tandis que les deux autres ont été contagionnés ; et ce point vient précisément à l'appui de notre thèse qui est la suivante : Combien d'existences enfantines seraient préservées, s'il existait un moyen pratique de séparer les enfants du milieu familial devenu dangereux.

Ici, Messieurs, il appartient de rendre hommage à l'initiative privée qui, ingénieuse à soulager les infortunes, a su créer, sous le nom de maisons maternelles ou d'asiles temporaires d'enfants, des établissements dont la destination se rapporte aux besoins dont je viens de parler. J'ai visité dernièrement un établissement de ce genre, récemment ouvert dans un quartier misérable du XIV[e] arrondissement ; c'est une petite merveille. Malheureusement il ne peut abriter qu'une cinquantaine d'enfants dont les parents sont momentanément malades chez eux ou à l'hôpital, ou trop malheureux pour nourrir leurs petits. On ne peut donc pas dire que cet asile fasse double emploi avec le dépôt des enfants assistés, puisque la population de celui-ci se recrute exclusivement parmi les enfants dont les parents sont entrés à l hôpital. Il s'agit donc, et c'est le moyen que je désirais vous soumettre, il s'agit donc d'élargir cette idée d'asile temporaire d'enfants ; et de tâcher d'en rendre l'application pratique et économique. Or il est un endroit qui semble tout désigné pour cela ; c'est l'école, l'école communale et l'école maternelle. Dans chaque école on doit pouvoir trouver un local, fut-ce dans le préau couvert, où installer un dortoir. Dans les écoles maternelles, rien de plus facile, puisqu'elles possèdent un matériel de couchage utilisé dans le jour pour les jeunes enfants : tout se réduirait ici à une question de personnel pour la surveillance nocturne. Pour l'école communale le dortoir serait entièrement à créer Quant à la nourriture, elle serait assurée le soir, comme elle l'est du reste le matin, par la cantine scolaire qui fonctionne dans chaque école. Du reste ce ne sont là que des vues très générales et superficielles, et il est évident que l'exécution de ce projet comporterait une étude approfondie de bien des points secondaires. Quoi qu'il en soit, l'enfant pour qui le séjour du foyer familial serait reconnu dangereux pourrait au moins, sur certificat médical autorisé, être reçu dans son école, à titre d'élève interne, pendant tout le temps nécessaire, et la mesure pourrait même être étendue à différents cas particuliers (mères en couches à l'hôpital ou à domicile, père ou mère atteint d'affection non contagieuse, etc.) dont le médecin serait seul juge d'apprécier l'opportunité.

Permettez-moi, Messieurs, d'insister en quelques mots sur les avantages que paraît offrir le projet que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation, ces avantages ne sont pas moins grands pour les parents que pour les enfants.

Pour les premiers, moins d'encombrement dans le logement toujours exigu ; plus d'air pour le malade ; économie importante pour le maigre budget familial, encore plus obéré par les frais que toute maladie occasionne, et surtout par le manque de travail qui en est la conséquence ; plus de tranquillité physique pour le malade, plus de tranquillité morale aussi, son esprit étant débarrassé du souci de l'existence matérielle des enfants.

Quant aux enfants, ils seraient, et c'est le point capital, à l'abri de la contagion ; et puis ne pourrait-on pas en attendre encore pour eux quelque bénéfice secondaire ; plus de propreté, l'éveil d'habitudes plus

hygiéniques, une existence plus correcte et mieux disciplinée, dont ils pourraient peut-être apprécier l'avantage et, rendus à leur famille, conserver la pratique. Enfin, chose importante, ils ne seraient pas dépaysés pour être momentanément mis pensionnaires dans leur école ; ils resteraient avec leurs maîtres, au milieu de leurs camarades, dans leur quartier, à proximité de leur famille, l'enfant de plus serait au courant de ses études, sans les interrompre continuellement comme il le fait actuellement sous les prétextes les plus futiles. J'ai souvent entendu des maîtres se plaindre de ces perpétuelles interruptions, d'ailleurs plus ou moins justifiées ; le niveau des études ne pourrait donc qu'y gagner.

Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, comme à moi, que l'école ne pourrait que tirer avantage de ces nouvelles dispositions : l'établissement d'un internat sanitaire dans une école en complète le rôle. Elle devient l'abri bienfaisant, le refuge tutélaire contre le danger de la contagion morbide, le lieu d'asile où l'enfant trouve une atmosphère de santé physique pour ses poumons, et de santé morale pour son esprit. Par là l'utilité de l'école s'accroît, sa fonction s'élargit et son autorité s'augmente de ce nouveau tribut de reconnaissance dont lui deviennent redevables les classes déshéritées de la société.

— La Société émet le vœu que, dans chaque école maternelle ou communale, il soit ouvert un dortoir afin que les enfants pour qui le séjour au foyer familial est devenu un danger soient momentanément admis à titre d'élève interne. Cette admission ne sera consentie que sur certificat médical autorisé.

REVUE DE LA PRESSE

Durée de l'incubation de la fièvre typhoïde, par Emile Jancken. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 27, 1898.) — Il est, en général, très difficile d'établir dans la fièvre typhoïde le moment de l'infection, et, d'un autre côté, comme les premiers symptômes de la maladie sont très incertains, il est très difficile de séparer la période d'incubation du stade prodromique. D'après les auteurs qui ont cherché à résoudre la question, la durée d'incubation serait en moyenne de deux à trois semaines ; dans quelques cas rares, cette durée serait plus courte, ou pourrait atteindre quatre semaines. Les observations d'un médecin autrichien faites au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait sur des soldats établissent que la durée de l'incubation peut être beaucoup plus courte. Dans trois cas, cette durée a été de deux jours, dans sept cas de trois jours et dans six de quatre jours. Le début relativement brusque de la maladie, joint à cette circonstance bien établie que les soldats en marche burent à une date déterminée de l'eau reconnue infectée, a permis à Jancken de calculer cette durée d'incubation avec une certaine précision. Dans des circonstances favorables il suffit donc de deux jours pour que les germes se développent et puissent déterminer des phénomènes morbides marqués. Ces circonstances favorables sont-elles dues à la virulence particulière des germes ou à la diminution de résistance des individus? C'est plutôt cette dernière circonstance qu'il faut admettre, car beaucoup de cas dans cette épidémie ont eu une marche abortive. La fatigue, la chaleur, en épuisant les individus, les rendent plus accessibles à l'action des germes typhiques. L. J.

Diabète et hydrothérapie, par Alois Strasser. (*Blœtte fur Klin. Hydroth.*, 1898.) — Bien que Strasser exagère les bienfaits de l'hydrothérapie dans le diabète, son travail n'en renferme pas moins certains points intéressants qu'il est bon de mettre en lumière au point de vue pratique. Pour la glycosurie, les meilleurs résultats sont obtenus dans les formes légères, transitoires et dans le diabète des obèses. Les résultats sont beaucoup plus incertains dans les formes graves. Strasser pense que le diabète nerveux, même de forme grave, réagit à l'hydrothérapie par une diminution de la glycosurie, alors qu'il n'y a rien à attendre de ce traitement dans le diabète pancréatique. En général, l'hydrothérapie paraît relever la tolérance pour les hydrates de carbone. Dans les destructions azotées, il faut tenir compte de la forme physiologique et de la forme toxogène. La première doit être très considérable, car chez le diabétique les fonctions de calorification doivent être remplies en grande partie par les mutations albuminoïdes. La destruction toxogène est due à la production de certains poisons du protoplasma comme l'acide oxybutyrique, l'acide diacétique, etc. Dans les deux formes le traitement hydrothérapique est indiqué, parce qu'il accroît les combustions azotées et empêche la formation de produits intermédiaires dangereux. Le traitement aurait aussi pour résultat de calmer la faim excessive des diabétiques.

L'hydrothérapie pourvoit aux soins de la peau et soulage ainsi indirectement les reins. L'eau est encore utile ici pour calmer les névralgies, combattre la constipation, les états éréthiques, etc. Chez les diabétiques, l'auteur recommande pour les obèses les sudations énergiques, les douches froides, les bains froids. On traite les formes graves par les frictions, les enveloppements mouillés, les douches courtes.

Strasser mentionne encore les bons résultats de l'hydrothérapie dans l'oxalurie, le diabète phosphatique, l'acétonurie sans glycosurie. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 août 1898. — Présidence de M. Wolf.

Mesure à prendre pour l'uniformisation des méthodes et le contrôle des instruments employés en physiolo-

gie. — M. Marey. Au récent Congrès international tenu à Cambridge, du 22 au 27 courant, j'ai fait une proposition destinée à établir entre les physiologistes une entente devenue indispensable. Cette proposition a été adoptée par mes collègues; voici à peu près en quels termes elle était conçue :

Les rapides progrès de la physiologie, à notre époque, sont l'œuvre d'une légion de chercheurs répandus dans le monde entier. Il semble que la différence de race des hommes qui cultivent notre science soit une condition de ce progrès, chaque nation apportant à l'œuvre commune ses aptitudes spéciales et son génie propre.

La diversité des langues est assurément un obstacle au travail collectif; mais depuis quelques années, les Instituts bibliographiques internationaux travaillent à ce que rien ne se perde de cette immense activité, à ce que chaque publication nouvelle soit fidèlement consignée dans les Annales scientifiques, portée à la connaissance de tous, soumise enfin à la critique et au contrôle qui lui donnent sa véritable valeur.

La physiologie semblait devoir échapper à ces difficultés par l'emploi de la méthode graphique, sorte de langue universelle soumise à des lois très simples. Bien plus, comme la courbe d'un phénomène en est l'expression naturelle, claire et concise, on pouvait s'attendre à voir, dans un grand nombre de cas, les études physiologiques se réduire à des courbes accompagnées, tout au plus, de quelques légendes explicatives.

De telles courbes, plus expressives que le langage, devaient permettre d'apprécier, au premier coup d'œil, les ressemblances et les différences des phénomènes représentés. Il en sera ainsi, en effet, le jour où une entente commune présidera au choix des unités de longueur servant à exprimer les durées et les intensités des phénomènes.

La situation est plus embarrassante en ce qui concerne l'emploi des appareils inscripteurs, car à l'arbitraire du mode d'expression des phénomènes s'ajoutent souvent des erreurs dans leur mesure, c'est-à-dire que la courbe tracée n'exprime pas fidèlement les phases de la variation qu'elle devait traduire.

A leur apparition, les appareils inscripteurs physiologiques promettaient l'expression authentique des phénomènes eux-mêmes. Les choses, malheureusement, n'étaient pas aussi simples; on s'aperçut bien vite que le même phénomène, inscrit par des appareils différents, donnait des courbes différentes. Un manomètre à mercure, par exemple, en retraçant les phases de la pression du sang dans une artère, fait interférer, avec ces variations, les oscillations propres de la colonne de mercure, tandis qu'un levier léger obéit plus fidèlement aux changements de pression qu'il retrace.

Les leviers toutefois n'ont pas une masse négligeable et les effets de l'inertie altèrent parfois la courbe d'une manière d'autant plus prononcée que le mouvement communiqué est plus rapide.

Que d'interprétations hypothétiques n'a-t-on pas données pour expliquer physiologiquement des inflexions d'une courbe qui n'étaient dues qu'aux vibrations propres du style traceur; et inversement, que de fois n'a-t-on pas attribué à des vibrations du style certains détails de la courbe qui appartenaient réellement au phénomène enregistré

C'est que la construction des instruments inscripteurs est extrêmement délicate; presque tous, dans leur forme primitive, donnaient des courbes infidèles.

Le nombre des instruments défectueux est aujourd'hui tellement considérable que parfois nous avons peine à reconnaître, dans un tracé, certain phénomène physiologique dont la forme nous est cependant familière et que nous avons nous-même inscrit maintes fois, mais avec un instrument différent.

Il existe, heureusement, d'une part, des principes qui doivent présider à la construction de ces instruments et, d'autre part, des méthodes qui permettent d'en contrôler la fidélité, et de déterminer jusqu'à quelle limite de vitesse leur style trace des courbes fidèles.

Le principe dominant de ces appareils, c'est qu'il faut éviter les effets de l'inertie des masses en mouvement, effets qui sont proportionnels à ces masses elles-mêmes et au carré de la vitesse qui leur est communiquée. On devra donc, pour mesurer les variations de la pression du sang, dans le cœur ou dans une artère, ou pour mesurer la traction élastique d'un muscle qui se contracte, opposer à ces forces, non pas des poids, mais des ressorts. Et comme les ressorts eux-mêmes n'ont pas des masses entièrement négligeables, les effets de leur inertie se font sentir proportionnellement au carré de la vitesse. C'est donc cette vitesse qu'il importe de réduire en ne donnant aux tracés qu'une très faible amplitude. On ne manquera pas, ensuite, de moyens pour amplifier optiquement une courbe presque microscopique.

Sur ce principe de l'atténuation des effets de l'inertie ont été construits des instruments d'une fidélité admirable. On connaît les merveilleux résultats obtenus par Schneebeli, par Hensen, par L. Hermann qui ont réussi à inscrire, avec leurs caractères les plus délicats, jusqu'aux ondulations de l'air produites par la voix humaine, avec une fréquence qui atteint parfois plusieurs milliers de vibrations par seconde.

La plupart des mouvements qu'étudie le physiologiste sont relativement lents; aussi, des instruments qui seraient absolument incapables d'inscrire des actes très rapides peuvent encore donner de bons tracés du pouls et de la pulsation du cœur, si l'amplitude et la fréquence de ces mouvements ne sont pas trop grandes. C'est ici qu'interviennent les méthodes de contrôle qui ont pour but de déterminer les limites dans lesquelles on peut avoir confiance dans la fidélité d'un enregistreur.

Ces méthodes sont nombreuses. La plus ancienne, à ma connaissance du moins, est due à mon maître et ami regretté, Donders; elle consiste à transmettre à un appareil inscripteur un mouvement connu d'avance, ce qui permet de reconnaître s'il est fidèlement reproduit.

D'autres méthodes encore ont été imaginées pour ce contrôle : de ce nombre est celle de Buisson. Elle consiste à soulever le levier de façon qu'il n'inscrive que le sommet des courbes; on voit ainsi disparaître les effets de l'inertie quand le levier inscripteur en était affecté.

Il faut citer encore la méthode de Czermack, dans laquelle le style inscripteur est remplacé par un faisceau lumineux, levier idéal et sans masse qui n'est point suspect d'altérer les mouvements, même les plus rapides. Cette méthode a reçu d'admirables perfectionnements; combinée à l'emploi de la photographie, elle permet de reconnaître toujours la véritable forme d'un mouvement, d'en obtenir une

courbe très pure et très fidèle qui sert à contrôler celle que fournit un appareil inscripteur.

Pourquoi faut-il que ces méthodes ne soient pas généralement en usage et que chaque physiologiste ne sache pas toujours exactement quel degré de confiance méritent les instruments qu'il emploie? Que d'efforts perdus, lorsqu'à la suite d'un long travail on n'a obtenu que des résultats sans valeur par la faute de l'instrument employé! De tels travaux ne sont pas seulement inutiles, ils sont nuisibles; ils encombrent la bibliographie de documents erronés qu'on ne peut souvent distinguer de ceux qui sont exacts. Chaque jour aggrave cette situation fâcheuse et compromet une méthode sur laquelle on fondait légitimement les plus belles espérances.

C'est ce danger pressant qui m'a fait prendre la parole dans ce Congrès où beaucoup de nos collègues connaissent assurément et déplorent cet état de choses; j'ai pensé qu'ils seraient disposés à rechercher les moyens d'y remédier au plus vite.

La crise que la Physiologie traverse ne lui est point particulière; toutes les sciences l'ont connue; cela tient à ce qu'elles se fondent par les découvertes successives de chercheurs isolés dont les efforts n'étant pas concertés ne peuvent produire un ensemble harmonieux. A mesure que les découvertes s'accumulent, elles constituent pour la science un glorieux passé, mais aussi un obstacle aux progrès ultérieurs. Il faudra cependant, tôt ou tard, se dégager de ces vénérables entraves; heureuses les sciences qui ont franchement pris ce parti; celle de l'électricité nous offre, à cet égard, un exemple et un modèle.

Quand le besoin d'unité se fait sentir partout, la physiologie resterait-elle indifférente au mouvement général dont les hommes de science ont été les initiateurs? Dira-t-on que, dans les phénomènes de la vie, la précision numérique ne trouve pas encore sa place? C'est là une erreur entretenue précisément par l'arbitraire qui règne dans nos moyens d'étude et d'expression de certains phénomènes physiologiques. Il est pourtant un grand nombre de ces phénomènes auxquels s'appliquent déjà les méthodes des physiciens et des chimistes avec leurs perfectionnements les plus récents.

Les méthodes d'analyse des gaz et la calorimétrie physiologique se perfectionnent sans cesse et jettent un jour nouveau sur l'origine de la force et du travail musculaire; la mesure de cette force et de ce travail se prête, dans bien des cas, aux procédés ordinaires de la mécanique. Enfin la chronophotographie permet de représenter avec une précision géométrique les mouvements des êtres vivants avec toutes les phases de leur vitesse.

Ailleurs encore, on voit apparaître une tendance à la précision : depuis plusieurs années, on se préoccupe de mesurer exactement l'intensité des excitations électriques appliquées aux nerfs et aux muscles, et de soumettre aux mesures adoptées par les physiciens les flux ou les décharges de l'électricité animale.

Cette recherche des mesures précises et uniformes s'accentuera toujours davantage; on doit souhaiter qu'elle tarde le moins possible à se traduire par des effets.

En ce qui concerne les appareils inscripteurs, il faut d'abord distinguer les instruments usuels, régulièrement construits, de ceux que chaque physiologiste improvise pour les besoins de ses recherches. Les dispositifs que chacun de nous fabrique de ses mains ne sont pas, à proprement parler, des instruments de mesure; ils décèlent les phénomènes bien plutôt qu'ils n'en traduisent fidèlement les caractères; ils correspondent, dans l'expérimentation, à une première phase qui sera toujours livrée à l'ingéniosité du chercheur; tout au plus doit-il s'efforcer, dans les créations de ces dispositifs, de réaliser les conditions voulues pour que le phénomène soit le moins possible altéré dans sa forme.

Quant aux instruments usuels, il faudra leur demander davantage : aux uns, des mesures absolues de force, de pression, de température, par exemple; aux autres, des indications relatives, mais exactes, du phénomène: la courbe réelle de sa variation.

Ainsi, un manomètre métallique inscripteur, instrument éminemment usuel, devra tracer une courbe dont les ordonnées correspondent aux hauteurs de mercure ou d'eau qui exprimeraient à chaque instant la pression mesurée. Ces indications, l'instrument devra les donner sans aucune des perturbations qu'entraînerait l'emploi direct d'un manomètre à colonne liquide. Ce type de manomètre, une fois réalisé, devra servir exclusivement à toutes les expériences dans lesquelles il s'agira d'inscrire des changements de pression. Il devra être d'une capacité assez réduite pour s'appliquer aux plus grands comme aux plus petits animaux, sans altérer sensiblement la pression qu'il s'agit de mesurer.

De même un myographe usuel devra s'appliquer aux muscles d'un animal quelconque; il devra, suivant les principes établis par Fick, donner à volonté la courbe isotonique ou la courbe isométrique de la secousse; enfin, sur la courbe tracée devront se lire les raccourcissements ou les efforts du muscle avec leurs valeurs réelles ou, s'il le faut, réduites dans un rapport déterminé.

Quant aux appareils qui, par leur nature même, ne donnent que des indications relatives, on leur demandera, du moins, la courbe réelle du phénomène enregistré.

Si le sphygmographe ne mesure pas la pression du sang dans une artère, ni le cardiographe celle qui existe dans les cavités du cœur, ces instruments doivent donner les valeurs relatives de ces forces ou du moins des effets qu'ils en reçoivent. Il faut pour cela qu'un sérieux contrôle nous garantisse qu'ils n'altèrent pas les phases du phénomène enregistré.

Il faut enfin, dans l'emploi de ces instruments, convenir d'un certain rapport entre l'amplitude et la durée des courbes. On sait, en effet, à quel point peuvent devenir méconnaissables les caractères d'une pulsation cardiaque ou artérielle, suivant qu'on l'inscrit sur un cylindre à rotation très lente ou très rapide. A cet égard, le rapport qui m'a paru le plus favorable est celui dans lequel on a rendu égales l'amplitude et la durée de la courbe, de façon que celle-ci soit inscriptible dans un carré. Si une telle convention était admise, la comparaison des différents tracés deviendrait très facile.

Nulle occasion ne saurait être plus favorable que ce Congrès où se trouvent réunis les représentants les plus éminents de notre science.

Que chaque nation élise un commissaire et lui donne pouvoir pour participer à la conduite des travaux, pour se choisir des collaborateurs, pour s'éclairer auprès de ses collègues sur les desiderata les plus importants; enfin, pour prendre les avis des physiciens ou des mécaniciens

les plus capables, afin de reconnaître et de surmonter les difficultés de la tâche.

On arriverait ainsi, bien vite, à constituer une série d'instruments dont la Commission recommanderait l'emploi aux physiologistes, parce que ces instruments se rapprocheraient plus que les autres de la perfection désirée.

Si mes collègues ici présents reconnaissent la nécessité d'une entente relativement à l'unification et au contrôle des instruments de physiologie, ils pourront réaliser de grands progrès dans notre outillage scientifique, accroître ainsi la valeur de nos travaux, et placer la physiologie au rang des sciences les plus avancées.

Cette proposition, discutée au Congrès, a été adoptée, ainsi qu'en témoigne l'extrait ci-joint des procès-verbaux officiels :

Extrait des Procès-Verbaux officiels du 4e congrès international de Physiologie réuni a Cambridge (Angleterre).

Séance plénière du vendredi 26 août 1898
(ouverte à 9 heures 30).
Président : M. Foster.

« 1° Rapport sur les travaux de la Commission nommée dans la séance du 23 août 1898.

» Le Congrès adopte, sur la proposition de M. Marey, les résolutions suivantes :

» *Il est créé une Commission internationale pour l'étude des moyens de rendre comparables entre eux les divers inscripteurs physiologiques, et d'une façon générale d'uniformiser les méthodes employées en physiologie.*

» *Cette Commission est formée de MM. Bowditch, Foster, von Frey, Kronecker, Marey, Mislawsky, Mosso et Weiss.*

» *Chacun de ces Commissaires, dans le pays qu'il représente, recueillera les avis de ses collègues et ceux des physiciens les plus compétents. Il se tiendra en relations avec M. Marey. Enfin tous les Commissaires se réuniront en septembre 1900 à la Station physiologique de Paris, où seront centralisés et discutés les résultats déjà obtenus.*

» Sur la proposition de M. von Frey, M. Hürthle est adjoint à la Commission.

» Pour extrait conforme,
» *Le Secrétaire pour la langue française,*
» Léon Fredericq. »

Le 27 août 1898.

Modifications des organes dans la course de soixante-douze heures en bicyclette, étudiées par la phonendoscopie. MM. A. Bianchi et Félix Regnault. — Cette étude a pu être faite grâce à l'emploi de la méthode phonendoscopique.

On sait que le phonendoscope reçoit et condense les vibrations spontanées ou provoquées de nos organes et les transmet intactes à l'oreille. Son emploi est basé sur ce principe : qu'une vibration se propage d'un point à un autre dans un milieu homogène, mais qu'elle est arrêtée au passage d'un corps à un autre de densité plus faible.

Nous avons pu dessiner les contours des organes chez le sujet debout, en trois à cinq minutes. Les dessins donnent la projection phonendoscopique des organes, concordant avec la projection radioscopique, mais ils fournissent en plus les contours des lobes des poumons, celui des quatre cavités du cœur et le contour des organes abdominaux : lobes droit et gauche du foie, rate, gros intestin, estomac, avec distinction de son contenu gazeux et liquide.

Ces dessins ont été pris sur le 2e (Frédérick) et le 4e (Faure) avant la course, immédiatement après, et quelques jours après ; sur le 1er (Miller) immédiatement après et plusieurs jours après.

Les modifications des organes sont dues aux causes suivantes :

1° Alimentation insuffisante, jointe au manque de sommeil et à la préoccupation morale. Ces causes ont réduit considérablement les organes abdominaux.

Réductions : foie 1 à 3 centimètres en hauteur soit une diminution de 1/10 à 1/4 ; rate 2 centim., 5, dans ses diamètres, soit 1/7 à 1/5 ; estomac 2 à 4 centimètres dans ses diamètres, soit 1/7 à 1/4.

La perte de poids des coureurs a été de 4 à 5 kilog.

Au contraire, les poumons et le cœur se sont dilatés sous l'influence du travail et ce facteur a compensé l'influence de l'inanition. — Poumons : Faure, diminution 1 à 3 centimètres ; Frédérick et Miller, augment. 1 à 2 centimètres. — Cœur : Faure, diminut. 0 centim. 5 ; Miller, augment. 0 centimètre 5 ; Frédérick, augment. 1 centimètre.

2° Position assise sur la bicyclette, jointe aux mouvements ininterrompus des membres inférieurs et du bassin, aidés du pencher en avant. Ces causes ont produit une ascension des organes. (Ascension : foie, lobe droit 2 à 5 centimètres, lobe gauche 1 à 4 centimètres ; estomac 1 à 3 centimètres vers le sternum ; courbe inférieure éloignée de 3 à 4 centimètres du nombril ; rate 2 à 5 centimètres). La pression des organes abdominaux a soulevé les poumons, qui se sont rapprochés de 1 à 3 centimètres de la clavicule, et le cœur qui s'est élevé de 2 à 4 centimètres.

La pression abdominale a été plus forte à droite, le foie étant plus dense ; le poumon droit est plus élevé que le gauche.

Les poumons se sont beaucoup élargis postérieurement, refoulant en bas le diaphragme et les organes abdominaux.

Tous les coureurs avaient un estomac en forme de besace, par élévation du pylore ; la cause doit être attribuée à l'élévation du foie, qui entraîne avec lui le pylore.

Les organes reprennent rapidement, après la course, leur position normale ; seul, le poumon droit reste élevé et l'estomac conserve sa forme en besace.

Le cœur a bien résisté chez ces trois coureurs. Variations : 1 centimètre d'augmentation à 0 centim. 3 de diminution dans ses diamètres. D'autres coureurs, qui avaient un cœur plus volumineux avant la course, n'ont pu l'achever et ont eu un cœur dilaté.

Conclusions. — La bicyclette développe les poumons en haut et en arrière, élève les organes et donne à l'estomac une forme en besace. D'où, applications thérapeutiques dans les ptoses, les anciennes pleurésies, la verticalité stomacale.

L'exercice prolongé de la bicyclette nécessite des organes sains et résistants, surtout les poumons et le cœur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 6 septembre 1898. — *Présidence de* M. Panas.

M. le Dr Corlieu fait don à l'Académie de 159 portraits de médecins anciens et modernes. La plupart de ces portraits sont de bonnes épreuves de son ouvrage : *Centenaire de la Faculté de médecine de Paris* (1794-1894).

Traitement médical de l'épilepsie. — M. Motet lit un rapport sur une communication de M. Maurice de Fleury. Après l'insuccès de toutes les tentatives pour guérir une maladie aussi vieille que le monde, il faut examiner avec bienveillance toutes les tentatives nouvelles. Les efforts faits récemment par les chirurgiens n'ont pas donné les résultats qu'on aurait pu en espérer. Aussi M. Maurice de Fleury a pensé qu'il y avait peut-être lieu de revenir au traitement médical, et, mettant à profit les recherches modernes sur les auto-infections, les travaux sur la toxicité urinaire et l'hypotoxicité aux différents états de l'epileptique, il a voulu instituer l'hygiène de l'appareil digestif et l'hygiène de l'appareil circulatoire. Il est convaincu que l'alimentation, susceptible de réduire au minimum les troubles circulatoires, anémie ou congestion, l'irritation mécanique du tube digestif, la fermentation anormale et la production des toxines, est éminemment utile.

Rapports. — M. Landouzy fait une série de courts rapports : sur un travail de MM. Lop et Monteux intitulé : Contribution à l'histoire des pneumonies infectieuses épidémiques ; sur un travail de M. Lop intitulé : Tuberculose et variole ; sur un mémoire de M. Maurice Coste, intitulé : L'immunité vaccinale, la variole et les non vaccinés, les vaccinés, les revaccinés, les anciens varioleux.

Education physiologique du caractère. — M. Ferrand fait une très intéressante communication qu'il termine ainsi :

En résumé, le caractère étant la manière d'agir, il faut, pour l'éducation du caractère, provoquer l'action d'abord, puis l'organiser de telle manière que les centres inférieurs de l'activité nerveuse demeurent subordonnés aux centres supérieurs, selon la hiérarchie naturellement établie entre eux.

Il faut de plus que l'action inhibitrice de ces centres les uns sur les autres s'effectue de telle sorte que les mouvements qu'elle associe demeurent hiérarchisés, comme les centres nerveux qui les dirigent et qu'au-dessus de tous ces centres reste toujours souveraine maîtresse la volonté intelligente et libre.

C'est à ce prix que la culture du caractère, développant la portée de l'action en mesurant son effort, peut élever la puissance d'agir à ce niveau exceptionnel qui la fait appeler, de ce même nom, un caractère.

A 3 h. 55, la séance est levée.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. Nocard

(*Suite* (1).

Valeur sémiologique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire. — M. Sirot (Beaune). — Quand, dans une affection thoracique, le malade étant convalescent et apyrétique, le pouls se maintient entre 94 et 110, il faut se méfier et suspecter la tuberculose.

D'autre part, chez les tuberculeux avérés apyrétiques, il existe une relation entre la fréquence du pouls et la gravité de la maladie ; d'une manière générale, la tachycardie est toujours d'un mauvais augure ; elle indique une marche rapide et une issue fatale à échéance relativement courte. L'apyrexie avec tachycardie fait présumer que la maladie marchera rapidement, et que le malade aura beaucoup de chances de mourir par syncope, alors que la lésion pulmonaire ne légitimera pas encore aux yeux du médecin une fin prochaine.

Tuberculose primitive de la clavicule. — M. Ozenne (Paris) lit une observation d'ostéite tuberculeuse de la diaphyse de la clavicule chez une jeune femme : il s'agissait d'une localisation en apparence unique de la bacillose au point lésé : l'état général était bon, la malade n'était pas une phtisique pulmonaire, C'est là une forme très rare de tuberculose chirurgicale.

Les toxi-tuberculides. — M. Hallopeau. L'auteur a adopté cette dénomination pour mettre en relief la pathogénie jusqu'ici méconnue de nombreuses et importantes dermatoses. Le champ des tuberculoses cutanées s'est considérablement agrandi dans ces dernières années ; cet accroissement a été dû surtout en premier lieu aux découvertes de Villemin et de Koch ; la possibilité d'inoculer la tuberculose et de trouver dans ses lésions des bacilles caractéristiques a permis de lui rattacher en toute certitude des affections qui jusque-là en avaient été séparées. Il en a été ainsi pour le lupus vulgaire, les adénopathies tuberculeuses, les gommes, les lymphangiectasies de même nature. Mais faut-il s'en tenir à cet ordre de faits ? des affections d'origine tuberculeuse ne peuvent-elles se manifester sans être inoculables et contenir des bacilles ? L'observation a montré qu'il fallait répondre par l'affirmative : il existe nombre de dermatoses qui se montrent exclusivement chez des tuberculeux, qui coïncident presque constamment avec des manifestations apparentes de la tuberculose, qui ne peuvent être rattachées à aucun type morbide et qui, cependant, ne sont ni bacillaires, ni inoculables : elles sont dues à l'action de toxines émanées de foyers bacillaires et transportées par la circulation à distance de leur foyer d'origine. MM. Gautier et Bouchard ont fait faire un progrès des plus importants à la pathogénie et à la physiologie générales en montrant que les microbes pathogènes agissent sur les tissus, non directement mais bien par les produits solubles qu'ils engendrent ; or, il est facile de concevoir que ces produits solubles, bien que retenus dans une certaine mesure par leurs bacilles générateurs, ne limitent pas leur action aux parties avoisinant ces bacilles, mais soient transportés par la circulation en diverses parties plus ou moins éloignées de l'organisme et y déterminent des lésions. Ce fait est réalisé expérimentalement par les injections de tuberculine ou de bacilles retenant des toxines. On a vu ces toxines provoquer des réactions locales et générales et engendrer aussi diverses affections cutanées.

On peut invoquer une origine semblable pour les affections qui se rattachent à la tuberculose sans être bacillaires ni inoculables. Si on ne les produit pas toutes par les injections de tuberculine, c'est que cette substance ne contient qu'une partie des toxines tuberculeuses qui sont complexes et multiples. Le nom de tuberculides, proposé par M. Darier, s'appliquant à toutes les manifestations cutanées de la tuberculose, il y a lieu de distinguer des tuberculides bacillaires et des toxi-tuberculides. L'histoire de ces toxi-tuberculides est en train de se faire. L'interprétation nouvelle peut être considérée comme démontrée

(1) V. *France médicale*, nos 31, 32, 33 et 34, 35.

pour plusieurs dermatoses, comme probable ou possible pour plusieurs autres. Parmi les premières, il faut citer le lichen scrofulosorum, les tuberculoses acnéiformes et nécrotiques, les folliculites suppuratives soit isolées, soit agminées et pemphigoïdes, les tuberculides papulo-érythémateuses; parmi les secondes, le lupus érythémateux, l'ecthyma térébrant de l'enfance, certains eczémas, le pityriasis rubra, des érythèmes et l'angio-kératome. Toutes les lésions cutanées peuvent être ainsi provoquées par ces tuberculides depuis l'érythème jusqu'aux suppurations et à la nécrose. Ce polymorphisme s'explique par les différences d'âge et de réaction des sujets et par le siège des foyers bacillaires générateurs. Dans chaque tissu, le bacille de Koch, trouvant un milieu de culture différent, peut se modifier et engendrer des toxines différentes par leur action pathogénique.

De la nécessité de multiplier les petits sanatoria pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. P. Le Gendre (Paris). Voici déjà plusieurs années que la majorité des médecins a reconnu les avantages que peuvent retirer les tuberculeux de leur traitement dans un sanatorium, et cependant, en France, cette approbation est demeurée à peu près platonique.

Il n'est pas long de compter les sanatoria qui existent dans notre pays, pour le traitement de la tuberculose pulmonaire : ceux de Durtol, en Auvergne, et du Canigou, dans les Pyrénées, organisés pour le traitement d'un assez grand nombre de malades, puis celui du Dr Crouzet, à Trespoey, près de Pau, qui ne peut recevoir que dix malades.

On a bien parlé à plusieurs reprises de projets pour en créer d'autres, et le corps médical a reçu d'alléchants prospectus, mais je ne sache pas que les établissement projetés fonctionnent encore. Quant à ceux qui existent sur nos côtes, ils ne sont guère utilisés que pour la curation de la scrofule et des tuberculoses externes.

Il faut bien croire que des obstacles considérables se dressent devant les individualités ou les sociétés qui ont entrepris d'en créer de nouveaux; j'ai ouï dire qu'un praticien connu pour sa compétence dans la question, pourvu de relations étendues, ayant réuni des promesses de capitalistes s'élevant à deux millions, avait dû renoncer à la fondation du sanatorium qu'il projetait.

En présence de ces difficultés, je me suis demandé si la question ne pouvait être posée d'une autre façon.

Parmi les raisons qui peuvent détourner les médecins d'envoyer les tuberculeux dans un des sanatoria existant, ou les familles d'accéder à la proposition du médecin, j'en connais plusieurs parce qu'elles m'ont été objectées.

Une agglomération de nombreux malades effraie les tuberculeux au début aussi bien que leur famille, quand on ne leur a pas affirmé la certitude du diagnostic et qu'on s'est contenté de parler de craintes, de la nécessité d'une cure préventive, etc. Quand ils sont assez avancés, ils reculent devant la fatigue d'un déplacement lointain. D'ailleurs le médecin lui aussi hésite à faire entreprendre à son malade un trop grand voyage pour l'exposer parfois à être renvoyé par le directeur du sanatorium comme étant dans de mauvaises conditions de traitement. Enfin les familles des malades reculent également devant les frais occasionnés par les déplacements lointains.

D'autre part il serait utile de pouvoir disposer d'une série de sanatoria différents suivant le degré de la tuberculose, suivant la forme de la maladie, le tempérament du malade, etc. Bref il faudrait qu'il existât des sanatoria multiples pour répondre aux multiples besoins de la pratique.

Que se propose-t-on quand on envoie des tuberculeux dans un sanatorium? — On veut et on peut obtenir les avantages suivants :

Leur apprendre à se soigner par l'hygiène, c'est-à-dire à se reposer, à manger intelligemment, à respirer, à ne pas tousser inutilement, à ne pas cracher autre part que dans un crachoir; — les soustraire à leur milieu pour qu'ils n'y sèment pas la contagion et pour leur éviter, suivant les circonstances, les soucis ou les plaisirs fatigants qu'ils y trouveraient.

Une surveillance médicale constante d'une part, la soustraction au milieu habituel de l'autre, voilà les deux buts principaux.

Il faut distinguer dans les avantages inhérents au sanatorium la part du climat et la part qui revient à la cure d'air, enfin celle qui revient à la surveillance médicale incessante. Il ne me paraît pas exagéré de dire que le premier avantage est d'une importance moindre que les deux derniers.

Pour ce qui est du climat, on peut dire qu'en dehors des climats considérés au sens géographique et cosmographique, il y a lieu d'envisager la notion du climat au sens médical, en analysant les divers facteurs qu'elle comporte : la température et ses variations, la direction habituelle des vents, la poussière, l'hygrométricité, l'état du ciel, les qualités du sol au point de vue de l'absorption des pluies ou de l'existence de nappes d'eau souterraines, etc. Or ces multiples facteurs peuvent se trouver groupés de façon tellement diverses que, pour les mêmes degrés de longitude et de latitude, à quelques lieues de distance, deux villes peuvent offrir les principaux attributs de climats très dissemblables. Pour n'en citer qu'un exemple, entre beaucoup d'autres qui viennent à l'esprit, les points du littoral breton qui sont soumis à l'influence du Gulf Stream n'offrent-ils pas beaucoup des caractères du climat méridional? Et ne diffèrent-ils pas autant d'autres points de la Bretagne, distants seulement de quelques kilomètres, que s'ils s'en trouvaient éloignés de cent lieues?

Je suis donc persuadé que, pour les médecins qui connaissent bien le département qu'ils habitent, il serait facile de trouver dans deux tiers de la France des sites parfaitement appropriés à la création du sanatorium.

Or, si on recherchait seulement de petits sanatoria, les frais d'installation ne seraient pas considérables : on pourrait adopter deux combinaisons, ou bien avoir des groupes de 3 à 4 malades, pris en pension par un médecin de campagne, ou bien réunir dans un établissement spécial une vingtaine de malades, ce chiffre étant suffisant pour couvrir les frais généraux et subvenir au traitement du médecin.

En résumé, M. Le Gendre propose, en principe, la création de petits sanatoria de 4 à 20 malades pour la cure de la tuberculose, ces petits sanatoria ayant les avantages suivants : proximité de l'endroit habité par le tuberculeux et par sa famille; possibilité de créer un nombre considérable de sanatoria appropriés aux multiples conditions que l'on recherche pour les malades de catégories différentes, frais d'établissement peu considérables, débouchés assurés à de jeunes médecins, facilités pour faire accepter le séjour du sanatorium par les malades, dès

lors qu'ils ne seront plus forcés de s'expatrier au loin et qu'ils ne risqueront plus d'être mêlés avec des phtisiques plus gravement atteints.

Curabilité de la tuberculose laryngée. — M. Castex (de Paris) proteste contre la réputation d'incurabilité que les descriptions classiques font à la tuberculose laryngée; les maîtres de l'école de Vienne ont montré les premiers que cette affection peut guérir; M. Castex a observé, dans ces trois dernières années, sept guérisons certaines.

Au point de vue thérapeutique on doit prescrire les stations sulfureuses et le bord de la mer. M. Castex préconise la *méthode sclérogène* au moyen d'injections interstitielles de chlorure de zinc (2 à 5 p. 100); théoriquement on pourrait craindre des accidents graves d'œdème de la glotte; mais la pratique a montré à M. Castex que les injections sont parfaitement tolérées, inoffensives, non douloureuses. Elles semblent donner d'excellents résultats.

Dans certaines tuberculoses bien limitées, on peut recourir avec avantage à la *laryngotomie*, comme l'a montré M. Galis (de Bruxelles).

Traitement des abcès froids. — M. Redard (Paris. Le procédé de choix, c'est l'injection d'huile iodoformée à 10 p. 100; son efficacité est remarquable dans les abcès fermés; elle est moindre en cas de fistules.

Lorsque l'huile iodoformée échoue, ou bien lorsqu'on a affaire à des abcès très volumineux, on emploiera avec avantage l'eau oxygénée, mais comme à l'état de pureté elle donne une mousse trop abondante, et expose à la distention de la poche, on doit la mélanger en proportion variable, comme dans le sérum oxygéné de Luton, à une solution de phosphate de soude au dixième. Même dans les abcès très volumineux, il suffit d'injecter une petite quantité (2 à 4 cc) du mélange; on répétera les injections tous les dix à quinze jours, à trois ou quatre reprises.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Tenu à Angers du 1er au 7 août 1898.

—

De l'influence de la lumière colorée dans le traitement des maladies nerveuses. — M. Raffegeau. De nombreuses expériences ont prouvé l'action de la lumière colorée sur les *végétaux*, sur les *animaux* et sur l'*homme*.

On est arrivé à obtenir un développement extraordinaire de certains végétaux en les couvrant de cloches de verre *violet*.

De même on est parvenu à accroître énormément l'embonpoint de certains *animaux* en les faisant vivre continuellement sous l'influence de la lumière violette.

A noter, en outre, l'action calmante des lunettes à verres bleus ou verts sur quelques animaux alors que le *rouge* les excite.

Ces derniers phénomènes se produisent également chez l'homme et c'est un fait depuis longtemps établi que les diverses couleurs du spectre solaire agissent d'autant plus sur notre vue et par elle sur notre disposition psychique qu'elles sont plus écartées dans le spectre ou que leur différence de chaleur est plus grande. Le *rouge*, qui est la couleur la plus riche en rayons caloriques, est *excitant*, le *violet* est *froid*, calmant.

Conformément aux faits déjà connus, l'auteur a constaté, dans une vingtaine de cas, que quelques heures passées dans la chambre *violette* ont toujours amené un effet *sédatif*, tandis que le séjour prolongé dans la chambre *rouge* produit invariablement de l'excitation.

Œdème familial. — M. Henri Meige communique une observation d'*œdème familial* chez huit membres de la même famille, pendant quatre générations.

Il s'agit d'un œdème blanc, dur et indolore, occupant tantôt les jambes, tantôt la totalité des membres inférieurs, survenant vers l'âge de 12 à 13 ans. Chez une des malades âgée de 17 ans, et qui est hystérique, l'œdème n'occupe qu'un seul des membres inférieurs. Chez tous les autres l'affection est bilatérale.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une dystrophie familiale. On doit remarquer la disposition segmentaire de l'œdème. On peut appliquer à sa pathogénie la théorie métamérique de Brissaud.

Myopathie primitive. Examens électriques. Amélioration par l'organothérapie musculaire. — M. F. Allard (Paris). L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de 9 ans 1/2, adressé à M. Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine, et atteint de myopathie primitive généralisée. L'affection, isolée dans la famille, paraît remonter à l'âge où l'enfant a commencé à marcher; elle n'a cessé de progresser depuis.

Ce qui ajoute un intérêt particulier à cette observation, c'est la coexistence chez ce malade de troubles trophiques musculaires et de certaines malformations congénitales (hernie inguinale, ectopie testiculaire). Ce fait semble bien démontrer que les atrophies musculaires, comme les arrêts de développement, sont commandées par une altération des centres trophiques remontant à la période fœtale.

Au point de vue fonctionnel, le malade présente l'aspect le plus complet de la pseudo-hypertrophie, et cependant l'hypertrophie et l'atrophie sont relativement peu marquées, comme le montrent les photographies jointes à l'observation. L'examen électrique, particulièrement utile dans ces cas-là pour avoir une idée exacte de la valeur fonctionnelle de chaque muscle, montre, à la face, la participation de l'orbiculaire des lèvres. Il indique une diminution considérable des excitabilités faradique et galvanique aux membres supérieurs, et surtout à la racine des membres. Aux membres inférieurs, ce sont les fessiers et les muscles de la région antéro-externe des jambes qui sont le plus atteints. L'auteur insiste sur certaines particularités qu'il a observées en pareil cas dans l'ordre d'apparition des secousses, quand on excite par le courant galvanique le nerf ou l'un des muscles placés sous sa dépendance.

Le traitement électrique, sous forme de galvanisation de la moelle, de faradisation et de galvanisation des nerfs et des muscles, n'a produit aucun effet. Sur le conseil de M. Brissaud, l'auteur a essayé de l'organothérapie par du suc musculaire spécialement préparé par M. Bouty. Un tableau comparatif des résultats de l'examen électrique, avant et après le traitement, indique une augmentation nette des excitabilités pour plusieurs muscles.

Cette tentative thérapeutique, heureuse dans une affec-

(1) Voyez *France médicale*, n° 35.

tion réputée incurable et fatalement progressive, mérite d'attirer l'attention et appelle de nouvelles recherches.

Un cas prolongé de respiration de Cheyne-Stokes. — M. Terrien (des Essarts) rapporte un cas de respiration de Cheyne-Stokes chez un homme de soixante-dix-sept ans qui a eu de nombreux accès d'angine de poitrine et qui est atteint depuis quelques années de la maladie de Parkinson.

Ce phénomène respiratoire, avec des pauses de vingt à trente-cinq secondes et des phases dyspnéiques de quarante à cinquante secondes, existe depuis trois mois et persiste encore aujourd'hui. Ce Cheyne-Stokes respiratoire est-il dû aux lésions cardiaques qui ont déjà produit l'*angor pectoris*, ou à la maladie de Parkinson ?

Un cas de maladie de Little. — M. Poix (Le Mans). Il s'agit d'une petite fille, âgée de deux ans et demi, née de parents ne présentant aucune tare nerveuse ; la mère eut une grossesse normale, l'accouchement se fit à terme, mais il fut particulièrement laborieux et l'enfant ne fut extrait qu'à la troisième application de forceps, il était en état de mort apparente et les jours suivants eut des convulsions. A l'examen, les membres inférieurs paraissent normaux à l'état de repos, mais si l'enfant est mis debout, ils deviennent aussitôt rigides et les pieds se mettent en varus équin ; les réflexes patellaires sont très exagérés ; il y a du clonus du pied ; cette rigidité se produit sous l'influence d'une piqûre, d'une émotion quelconque ; au niveau des membres supérieurs la rigidité existe, mais est beaucoup moins accentuée, surtout à gauche ; pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters ; le facies est hébété et stupide ; le crâne est déformé, il présente un aplatissement des bosses frontales et une saillie de la région occipitale. Cette observation montre que la maladie de Little peut être due non seulement à un accouchement prématuré, mais encore à un accouchement laborieux, fait qui a été nié ; elle tend, en outre, à faire prévaloir l'opinion de Ross, Wolters et Oster qui admettent la prédominance des lésions cérébrales sur les lésions médullaires, les lésions du faisceau pyramidal n'intervenant que consécutivement à celles de la corticalité.

Un cas de chorée saltatoire chronique datant de vingt-cinq ans, guéri en cinq mois. — M. Paul Sollier. Il s'agit d'une vieille fille de 43 ans, sans grande hérédité, d'un faible développement intellectuel, qui présentait depuis l'âge de dix-huit ans des troubles spasmodiques rythmiques multiples, continus, avec paroxysmes extrêmement violents, tantôt localisés, tantôt le plus souvent généralisés : sauts, contorsions des membres, grimaces de la face, spasmes laryngés, cris, aboiements, secousses de tête, chorée saltatoire, etc., qui avaient fini par confiner la malade dans un placard où elle se blottissait pour limiter ses mouvements et étouffer ses cris. Cet état était absolument continu et, dans les moments d'accalmie, il subsistait, quand même, un état spasmodique généralisé des muscles. Maints traitements avaient été essayés sans succès. Par l'isolement, l'hydrothérapie, et surtout par une gymnastique musculaire spéciale, les crises cessèrent au bout d'un mois ; puis la malade recouvra toute sa sensibilité interne, retour qui s'accompagna, comme l'auteur l'a démontré, de régression de la personnalité jusqu'à l'âge du début de la maladie. Au bout de cinq mois la malade était en état de quitter le sanatorium, de se livrer à toutes les occupations de la vie journalière, et depuis son retour dans sa famille, les accidents n'ont pas reparu.

En dehors de la longue durée de la maladie cette observation est intéressante en ce qu'elle montre que la guérison est toujours possible dans ces cas et, d'autre part, quelle importance ont certaines manœuvres gymnastiques dans le traitement des névroses.

Du rôle de la prédisposition et de la dégénérescence dans la genèse de la paralysie générale. — M. le prof. Joffroy. Il s'agit d'un malade traité pendant plus d'un an dans le service de M. Magnan, et dont l'observation a été publiée par ce dernier comme un cas typique d'inversion sexuelle. Enfant naturel, dès l'enfance son caractère timide, son goût pour les poupées l'ont tenu à l'écart des petits garçons de son âge. A quinze ans il a pour la première fois des relations avec un homme. « Il trouve cela tout naturel ». A seize ans il vient à Paris et, depuis cette époque, il n'a pas cessé d'avoir des relations sexuelles avec des hommes. Il a plusieurs amants attitrés. Son grand plaisir est de s'habiller en femme.

En 1894, ses facultés commencent à baisser ; il a des absences, puis quelques signes de démence, de l'inégalité pupillaire, et quelques troubles légers de la parole.

Passé dans mon service, ce malade présente un délire féminin, il parle de son mariage avec un homme X..., de sa toilette de mariée ; il raconte qu'il a accouché par le derrière, etc. Il meurt en 1898 après avoir présenté toutes les phases de la paralysie générale ; à l'autopsie, lésions classiques de cette maladie.

Après avoir éliminé la syphilis, l'alcool, les excès vénériens, j'ai dû m'arrêter, comme étiologie, à la dégénérescence mentale. La rareté de la paralysie générale, parmi les aliénés, n'est pas un obstacle à cette conception, car on peut être dégénéré sans délirer et par conséquent sans être interné, c'est même là le sort de la majorité des dégénérés. Si les stigmates psychiques de dégénérescence et en particulier les anomalies de la vie sexuelle sont rarement notés chez les sujets atteints plus tard de paralysie générale, cela tient, en partie, à ce qu'ils ont l'énergie et l'habileté de les dissimuler et ne permettent ainsi de les observer que lorsqu'ils sont nettement devenus paralytiques généraux. Les actes sexuels contre nature, les attentats à la pudeur sont alors considérés, à tort, comme relevant directement de la maladie nouvelle, alors qu'ils lui préexistaient.

Délire de revendication. — M. Cullerre a décrit, en 1897, sous le nom de *délire de revendication*, une forme particulière de délire systématisé des persécutés persécuteurs, variété de la folie raisonnante.

En dehors de cette forme type, il a rencontré quelquefois, à l'origine ou dans le cours de certaines folies plus caractérisées, des idées délirantes de revendication. Par exemple :

1° Ces idées délirantes peuvent caractériser la période prodromique d'une manie terminée par la démence incurable.

2° Elles peuvent survenir dans le cours d'une aliénation héréditaire dont elles inaugurent la période démentielle terminale.

3° Elles peuvent se présenter sous la forme du délire systématisé ambitieux primitif et constituer une variété de mégalomanie.

4° Enfin, le délire de revendication peut être symptoma-

tique de la démence organique et se manifester à la suite d'une attaque de ramollissement cérébral.

En résumé, dans les quatre observations présentées, cette forme tardive du délire de revendication se rencontre chez des héréditaires menacés ou déjà atteints de lésions cérébrales d'origine vasculaire (athérome cérébral, foyers de ramollissement). Elle est la conséquence de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et d'une perversion, d'ailleurs habituelle chez les déments organiques, de la sensibilité affective.

La médecine mentale à la campagne. — M. Terrien (Vendée), sur dix-neuf aliénés qu'en a adressé que cinq à l'asile; il a pu soigner les quatorze autres à domicile, réalisant ainsi l'assistance familiale. Il en tire cette conclusion que, si le médecin en clientèle était initié à la psychiatrie, il pourrait, dans bien des circonstances, faire, comme lui, de l'assistance familiale directe et contribuer ainsi, dans une certaine mesure, au désencombrement des asiles.

En outre, le Dr Terrien fait remarquer que le Vendéen, qui est un buveur de vin à des doses quotidiennes de six à huit litres, fait rarement de l'alcoolisme et exceptionnellement du délire alcoolique; cela tient à ce qu'il ne boit que du vin blanc de pays. Les quatre délirants alcooliques rencontrés par lui en dix ans étaient des buveurs de mauvais alcools.

De l'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie cérébrale. — M. Ch. Miraillié. Dans deux communications récentes à la Société de biologie, l'auteur a soutenu que chez les hémiplégiques, toutes les fois que le facial inférieur était paralysé, le facial supérieur l'était aussi, mais à un moindre degré. Cette parésie se traduit par l'abaissement de la queue du sourcil et la diminution du champ d'excursion du sourcil paralysé qui se meut par saccades. Le rétrécissement de la fente palpébrale que l'on observe dans certains cas tient à une diminution de la tonicité du moteur oculaire commun. Quatre nouvelles observations d'hémiplégie présentent la participation du facial supérieur à la paralysie; trois fois la fente palpébrale s'est montrée rétrécie, indice de la lésion du moteur oculaire commun.

Basophobie chez un hémiplégique. — M. Ch. Mirallié. Un homme atteint d'une hémiplégie ancienne voit, à la suite d'un traitement électrique qui aggrave son état, se développer une phobie de la marche. Tandis que chez lui il marche assez facilement, il ne peut sortir de chez lui, ni monter son escalier sans être pris de crises d'angoisse, avec sueurs, facies vultueux, contracture extrême de la jambe paralysée et menace de tomber. Un traitement psychique améliore ces phénomènes. Cette observation est absolument identique à celle déjà publiée par le professeur Grasset.

Le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies neurasthéniques. — MM. P. Valentin et P. Hartenberg (de Paris) ont étudié le mécanisme pathogénique suivant lequel se constituent certaines phobies de la neurasthénie.

Après avoir admis, en principe, que toute phobie a, pour élément fondamental un état d'anxiété, et que cet état d'anxiété consiste essentiellement en un phénomène cardio-vasculaire, ils exposent le résultat de leurs observations cliniques.

Chez certains malades neurasthéniques, ils ont vu survenir brusquement, sans aucune cause connue, un de ces accès de palpitations cardiaques si fréquents dans la maladie de Beard. Ces désordres cardio-vasculaires retentissent dans les sphères sensitives de l'écorce et s'accompagnent, dans la conscience, d'un sentiment d'angoisse, de peur. Cet état d'angoisse devient permanent dès lors, tandis que reviennent, périodiquement, des crises de palpitations et d'angoisse aiguë, qui ne sont que la reproduction de l'attaque initiale, par hypermnésie émotive.

L'histoire de trois malades rapportée par les auteurs, à titre d'exemples, confirme ces principes théoriques.

En somme, certaines phobies neurasthéniques paraissent avoir, non, comme on pourrait le croire, un point de départ psychique, c'est-à-dire cortical, mais un point de départ organique, dans le domaine de l'appareil cardio-vasculaire. Un désordre initial du cœur et des vaisseaux, survenu sans aucune représentation psychique préalable, détermine un état d'anxiété, à la faveur duquel les phobies pourront se constituer.

L'appareil cardio-vasculaire semble donc bien jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces phobies.

De la basophobie chez les ataxiques. — M. P. Parisot (de Nancy). La basophobie est une complication de l'ataxie locomotrice dont la connaissance offre un réel intérêt au triple point de vue pathogénique, symptomatique et thérapeutique.

L'ataxique tire de ses sensations anormales, musculaire, articulaire, cutanée, de ses sensations vertigineuses, enfin de la vue même de son incoordination, la raison de sa basophobie. Si c'est sa névropathie qui le prédispose à une phobie quelconque, ce sont les lésions organiques du tabes qui commandent la forme revêtue par la phobie.

La basophobie n'est pas proportionnelle au degré d'incoordination motrice; elle peut modifier, à son tour, la démarche classique de l'ataxique; méconnue, elle fait croire parfois à une impotance du malade plus grande que ne le comportent réellement les lésions organiques dont il est atteint.

Le traitement moral a une influence heureuse sur cette complication d'ordre psychique, à condition d'être prolongé et consolidé par l'application simultanée des moyens propres à atténuer les sensations anormales du tabétique.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE NANTES

Sur l'augmentation de fréquence du diabète. — M. le prof. Lépine (de Lyon). Comme suite aux publications de M. Jacques Bertillon et aux notes que j'ai publiées sur la question dans la *Revue de médecine* en 1895 et en 1896, mon élève M. Alix a dépouillé les fiches municipales mortuaires de la ville de Lyon pour l'année 1897. Il a trouvé que, sur les 8.000 décès de cette année, 1/41 étaient causés par le diabète. Cela fait 5 p. 1000. Si on rapporte le nombre des décès par diabète à 100.000 *vivants*, comme dans les statistiques de Bertillon, Caroé, etc., on trouve le chiffre de 8,9, qui est très inférieur à celui de la ville de Paris pour les dernières années.

Les statistiques des grands hôpitaux sont vraisemblablement plus dignes de confiance que les statistiques mu-

nicipales, les diagnostics y étant presque toujours exacts. M. Alix, qui a compulsé les registres de l'Hôtel-Dieu de Lyon pour dix-huit années, de 1880 à 1897, a compté 24.912 décès, parmi lesquels 137 pour diabètes. Cela fait 5,5 pour 1000, proportion légèrement supérieure à celle que lui avaient données les fiches municipales de 1897. Si on partage en quatre périodes les 18 anées, on a :

	Décès diabétiques pour 1000 décès.
De 1880 à 1884	5
De 1885 à 1889	5,7
De 1890 à 1894	5,7
De 1895 à 1897	4,6

Ainsi, pas d'augmentation.

M. Alix a aussi compté les *entrées* : il a trouvé, pour les dix-huit années, 203.104 entrées de malades, parmi lesquels 465 pour diabète. Cela fait 2,28 pour 1000. La *morbidité* pour diabète, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, serait donc la moitié de la *mortalité* de cette maladie. Cette morbidité serait plus élevée dans un autre hôpital lyonnais, l'hôpital Saint-Pothin, à en juger par les chiffres qu'a bien voulu me communiquer mon collègue, M. le prof. Bard : sur 3.950 malades il a observé une proportion de 5 p. 1000. Les statistiques privées qui m'ont été obligeamment adressées par un certain nombre de membres de l'*afas*, portant sur des nombres peu élevés, ne peuvent pas fixer le point en question. Je me contenterai de dire que d'après MM. Leduc et Malherbe (de Nantes), Picot et Vergely (de Bordeaux), Mossé (de Toulouse), Chavanis (de Saint-Etienne), le diabète serait fréquent dans ces grands centres. Malheureusement les renseignements me font défaut pour la plupart des grandes villes de la France. Pour un certain nombre de petites localités, pas de réponses. J'en remercie leurs auteurs, et je publierai ultérieurement, avec les noms, les principaux résultats qu'ils ont bien voulu me communiquer.

M. Leduc (Nantes). J'ai relevé depuis cinq ans tous les cas de diabète que m'a fournis la clientèle, et j'en ai trouvé aussi de 1 1/2 à 2 p. 100. Ces chiffres ont ceci de particulier qu'ils portent sur des consultants, c'est-à-dire sur des personnes venant non seulement de notre ville, mais de tout le département. De plus, ces malades sont des chroniques, les individus atteints d'affections aiguës ne pouvant se déplacer ; si je m'étais occupé seulement de la clientèle hospitalière, qui comprend les aigus comme les chroniques, je serais arrivé à une proportion moins élevée. Pour ces raisons mes chiffres ne peuvent représenter le pourcentage du diabète à Nantes.

J'ai été frappé de la topographie spéciale que le diabète affecte dans notre département ; il y a en quelque sorte des foyers, certaines communes présentant un plus grand nombre de cas de cette maladie que les autres communes. Si le fait est réel, j'en ignore la cause, et en tout cas je ne pense pas qu'il s'agisse de contagion.

M. Loir (Tunis). La présente communication est faite au nom de la Société médicale de Tunis, et basée sur le rapport de M. le Dr Funaro.

Le diabète est fréquent en Tunisie, surtout chez les israélites, et augmente depuis un certain temps. Comme étiologie figurent en première ligne les excès d'alimentation, cette alimentation étant riche en féculents, abondante en sucrerie. Le manque d'exercices et la vie sédentaires paraissent devoir être souvent incriminés et le diabète est rare chez les ouvriers employés aux durs travaux et chez les militaires. Il ne semble pas y avoir de rapport entre le diabète et les excès vénériens, pas plus qu'avec le paludisme ; l'influence de l'alcoolisme est douteuse. Quant au climat il ne suffit pas pour expliquer la chose, car le diabète est rare dans des pays plus chauds. L'obésité est souvent signalée, et l'affection se montre quelquefois avec le caractère familial.

Le diabète évolue, dans la grande majorité des cas, dans la seconde moitié de la vie humaine. La durée est toujours très longue. Il y a des cas intermittents, mais l'intermittence est plutôt constituée par des récidives occasionnées par le retour aux habitudes d'excès d'alimentation qui avaient produit l'éclosion de la maladie.

La mort survient, le plus souvent, par la gangrène et surtout par l'anthrax diffus, exceptionnellement par la tuberculose, très rare dans la Tunisie, même chez les militaires.

Le traitement médicamenteux est de peu d'utilité, tandis que l'hygiène est toute puissante.

M. Plantet (Bordeaux). C'est avec raison que M. Loir a rejeté la température comme facteur étiologique important de la fréquence du diabète en Tunisie. Dans nos possessions de l'Indo-Chine, où la température est bien plus élevée qu'en Tunisie, le diabète est exceptionnel, et cela même chez les colons ayant plus de vingt ans de séjour.

Cette rareté du diabète dans les colonies prétropicales n'est pas en faveur de la théorie de l'irritation de la cellule hépatique, car, dans ces pays, la congestion du foie, son hypertrophie sont constantes. Si les missionnaires, qui sont surtout végétariens, sont moins pris de ce côté, il n'en est pas de même des autres Européens, militaires ou civils, qui se condamnent à des excès d'alimentation sous prétexte de se donner des forces.

De la pomme de terre dans le régime du diabétique. — M. Mossé (Toulouse). La pomme de terre a été bannie du régime du diabétique, puis remise en honneur ; pour me rendre compte du rôle joué par cet aliment dans la glycosurie, j'ai soumis une diabétique, dont les urines étaient analysées chaque jour, d'abord au régime alimentaire ordinaire, puis j'ai supprimé les petits pois, puis enfin remplacé le pain par la pomme de terre. Pour me mettre à l'abri des causes d'erreur j'ai refait deux fois les mêmes expériences et ai fait porter mes essais sur des septenaires, pour me mettre à l'abri des écarts journaliers qui peuvent être si grands comme on sait. Chez cette malade la quantité de sucre a diminué quand les pommes de terre étaient substituées au pain. En serait-il de même chez d'autres malades, avec des variétés différentes de pomme de terre? L'avenir le dira.

M. Loir (Tunis). Il n'y a que trois espèces de pommes de terre marchandes en France.

M. Leduc (Nantes). La pomme de terre a été éliminée du régime de mes diabétiques, non par moi mais par mon petit « tube » ; je m'explique. Quand un diabétique vient me trouver, je le mets à un régime modérément sévère et, en même temps, j'apprends au malade à faire l'essai de ses urines avec la potasse, et lui explique la valeur des teintes prises par l'urine. Au bout d'un certain temps le malade, très amélioré par son régime, vient me demander à le modifier ; j'y consens sous réserve du contrôle fourni par l'examen des urines, et jusqu'à présent mes malades m'ont

toujours dit que « le petit tube » avait signalé une augmentation du sucre quand les pommes de terre entraient dans l'alimentation.

Pathogenie du diabète. — M. le prof. Rapin (de Nantes). A propos de ce que viennent de dire M. le prof. Mossé et M. Loir, je crois que s'il existe, à la vérité, trois espèces seulement de pommes de terre sur notre marché français, peut-être en existe-t-il un bien plus grand nombre de variétés. Et ce qui me fait parler ainsi, c'est que je me place au point de vue de la bactériologie qui, ainsi que l'on sait, est un réactif assez sensible. Les cultures sont différentes sur les diverses espèces de pommes de terre.

J'estime, pour mon compte, que l'on n'a pas jusqu'ici tourné ses recherches suffisamment, dans cette maladie, du côté de la bactériologie du tube digestif. Il y a là, à nos yeux, une lacune considérable et il est permis de supposer que si l'on prenait le soin de mettre ce point à l'étude d'une façon méthodique, on ne tarderait pas à éclairer la solution du problème.

Il y a déjà longtemps que l'hypothèse de l'étiologie microbienne du diabète a été mise en avant. M. Charrin avait déjà décrit des microbes de plusieurs ordres trouvés dans le pancréas, s'appuyant sur l'idée de l'origine pancréatique du diabète. De même, M. Teissier, de Lyon, a pensé à la contagion de cette maladie par les bactéries, et s'il m'était permis de citer des travaux personnels, je rappellerais que, dès 1881, dans ma thèse, étudiant les bactéries de la bouche, j'émettait la même hypothèse.

Depuis, désirant étudier la bactériologie des urines du diabétique, j'ai même recherché, dans un ou deux cas, les microbes dans ce milieu et j'avais isolé un bacille me paraissant avoir certaines réactions spéciales.

Mais, dans ce que j'expose ici, il ne s'agit pas seulement de la contagion de cette maladie. A mes yeux, la pathogénie du diabète relève d'un autre ordre d'idées et, tout en restant d'ordre microbien, sa production est probablement plus complexe.

Valeur pronostique des troubles oculaires dans le diabète. — M. Dianoux (Nantes). Les troubles oculaires dans le diabète peuvent se diviser en trois classes, suivant qu'ils affectent le cristallin, les vaisseaux ou le système nerveux.

Je n'ai jamais vu de parallélisme entre la marche de la cataracte et celle de la glycosurie. Chez les diabétiques jeunes, dans les formes aiguës, dans les diabètes pancréatiques, se montre la cataracte molle ; à la suite de son opération la mort survient fréquemment par pneumonie. L'intervention dans la forme sénile de la cataracte est loin de présenter la même gravité chez le diabétique.

Les accidents d'origine vasculaire les plus fréquents sont les hémorragies de la rétine, encore qu'elles n'aient lieu que chez des gens âgés ; on voit quelquefois des plaques exsudatives blanches et brillantes. Ces accidents sont très graves comme pronostic, et il est rare que le malade survive plus de huit à dix mois à leur apparition.

Le scotome central des diabétiques, contrairement à celui des alcooliques, peut rétrocéder sous l'influence du régime ; il n'en constitue pas moins une menace sérieuse, car les malades ainsi atteints n'ont, au maximum, qu'une année d'existence devant eux.

Sécrétions internes. — M. le prof. Livon (Marseille) relate les expériences qu'il a faites, sur des animaux curarisés ou injectés avec le mélange de Richer (chloral et morphine), avec du sang ayant traversé les différentes glandes à sécrétion interne, et résume ainsi les résultats auxquels il est arrivé.

« Le sang qui a traversé une glande se charge de principes particuliers tantôt hypertensifs, tantôt hypotensifs. Le point principal qui ressort des expériences que j'ai faites, c'est que l'action n'est nullement la même pour les différents sangs veineux, soit splénique, soit hépatique, soit rénal, etc. »

Sur la décoloration des vins. — M. Hugounenco (Lyon). La décoloration artificielle des vins rouges par le permanganate de potasse et le noir animal pour les vendre comme vin blanc peut faire courir de grands dangers à la santé publique. Elle appelle une intervention énergique des hygiénistes et des pouvoirs publics.

Réponse aux reproches adressés à la valeur alimentaire de l'eau stérilisée par ébullition. — M. L. Guinard (Lyon), démontre que l'eau stérilisée par l'ébullition conserve tous ses avantages au point de vue de l'alimentation. En quelques minutes elle a repris la proportion normale de gaz dissous, et présente un goût aussi parfait qu'avant l'ébullition.

Traitement des bourdonnements d'oreilles. — M. Jannois. Il y a quelques mois, MM. Albert Robin et Mendel annoncèrent qu'ils avaient trouvé, dans le cimicifuga racemosa, un médicament presque spécifique des bourdonnements, puisqu'il paraissait réussir dans tous les cas ne remontant pas à plus de deux ans.

L'auteur n'a obtenu, sur 34 cas, que deux guérisons et encore ces deux malades n'ont-ils pas été traités exclusivement car le cimicifuga. Une amélioration, habituellement passagère, s'est montrée dans un tiers des cas environ. Les cas anciens ne sont pas modifiés : deux se sont même déclarés aggravés.

Ce médicament n'est donc pas un spécifique des bourdonnements, bien qu'il semble parfois agir comme un modificateur nervin de l'excitabilité du nerf acoustique. C'est à ce titre qu'il pourra être conservé, dans certains cas, comme un adjuvant dans la thérapeutique des maladies de l'oreille.

Valeur séméiologique de l'esthiomène ano-génital. Sclérème ano-vulvaire. — M. Verchère (Paris). L'esthiomène de la vulve a été longtemps considéré comme une affection spéciale, tantôt tuberculeuse, tantôt syphilitique, tantôt cancéreuse. Aucune description n'en a été donnée jusqu'au mémoire d'Huguier, en 1849, qui l'appelait *dartre rongeante de la région anale* et la rattachait à la tuberculose.

Cet aspect clinique, que l'on peut continuer d'appeler esthiomène ou mieux, si l'on veut préjuger de sa structure anatomique, sclérème ano-génital, n'est qu'un mode de réaction des tissus ano-vulvaires déterminée par l'une des affections qui peuvent atteindre la vulve.

Les lésions de l'esthiomène ne sont nullement en rapport avec l'affection qui a été leur point de départ. Une simple blennorragie, une simple métrite peut être l'origine d'un sclérème étendu et j'en possède plusieurs dessins ou moulages très remarquables. Le chancre mou, plus rarement les syphilis secondaire et surtout tertiaire, enfin les ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses peuvent en être la cause et souvent c'est dans l'anus qu'on la trouvera.

On a distingué trois variétés cliniques du sclérème vulvaire : 1° superficiel érythémateux ; 2° esthiomène perforant ; 3° esthiomène hypertrophique.

Cette dernière variété est la plus fréquente et la plus dangereuse par ses conséquences. L'ulcération cicatrisée, si elle a existé, la rétraction même du tissu scléreux, s'il n'y a pas eu d'ulcération, peut laisser à sa suite des rétractions considérables et, si la lésion existait au niveau de l'anus, elle détermine des rétrécissements à brève échéance définitifs et incurables sans intervention chirurgicale.

La présence de l'esthiomène indique toujours une lésion primitive. C'est cette lésion qu'il faut traiter et guérir avant de tenter toute thérapeutique contre le sclérème.

Celle-ci disparue, l'esthiomène partira spontanément sous l'influence de soins d'hygiène — car la malpropreté et le défaut de soins jouent un grand rôle dans son apparition — s'améliorera et disparaîtra, ce qui est l'exception.

Le plus souvent il sera nécessaire d'intervenir chirurgicalement, soit par des pointes de feu au thermo-cautère faites profondément et rapprochées, soit par l'ablation successive des tumeurs au moyen du fer rouge.

Souvent ainsi on obtiendra une guérison complète, mais il faut savoir qu'il subsistera des cicatrices étendues, déformantes, contre lesquelles on ne saurait lutter. Enfin que les rétrécissements de l'anus sont une conséquence presque inévitable, contre lesquels cependant on devra toujours prémunir les malades en leur conseillant un traitement préventif, appliqué pendant de longs mois, au moyen de la dilatation progressive.

Mastopexie latérale contre la mastoptose hypertrophique. — M. Verchère. La mastoptose est un véritable état pathologique contre lequel on est autorisé à agir chirurgicalement, lorsqu'il n'est plus possible d'y porter remède par le corset débordé. La mastopexie supérieure, telle que le Dr Parson (de Bordeaux) l'a décrite, il y a quelques mois, à la Société de Chirurgie, présente le gros inconvénient de donner lieu à une cicatrice visible et disgracieuse. Cette cicatrice est le seul soutien du sein relevé. Il est préférable de fixer le sein d'une façon efficace, en demandant au ligament suspenseur de Gudy et à la peau de l'aisselle un point d'appui résistant qui soutienne le sein en bonne position. En demandant à l'aisselle le soutien efficace, on a de plus l'avantage de placer la cicatrice dans une région peu accessible à l'œil. Le creux de l'aisselle est profondément situé et la partie latérale du thorax est naturellement dissimulée par le bras tombant le long du corps. Après avoir essayé divers procédés sur le cadavre, j'ai adopté le procédé suivant, dont on peut voir les résultats parfaits sur les photographies d'une malade que j'ai dû opérer récemment. On détermine un triangle allongé verticalement. Du sommet de l'aisselle on trace une incision oblique en avant et en bas, se rendant jusqu'au bord inférieur du grand pectoral au niveau du point où s'insère le sein. Une deuxième incision part de cette extrémité et descend verticalement jusqu'au sillon thoraco-mammaire sans le dépasser. Cette incision mord sur le sein et en supprime une tranche externe. Enfin, une troisième réunit les extrémités des deux premières.

Le triangle cutané est alors enlevé avec tout le tissu cellulaire qui le double et les sutures sont faites en éventail, le milieu de l'incision antérieure venant répondre au sommet de l'aisselle. Le sein est ainsi tiré en haut et en dehors et cela avec l'énergie que l'on désire, suivant les dimensions que l'on a données au triangle supprimé. Pour que la cicatrice soit moins visible, il est possible de faire un premier plan plus profond au catgut et un plan cutané de sutures intra-dermiques que l'on préfèrera. Chez la malade que j'ai eu l'occasion d'opérer, tout s'est admirablement passé.

Cette opération est bénigne et aucun danger opératoire ne me paraît devoir être envisagé. Il n'y a pas de gros vaisseaux au niveau de la région opératoire, on ne dépasse pas le tissu cellulaire sous cutané et rien n'est à craindre. La mastopexie latérale pourra donc se faire dans tous les cas de mastoptose contre laquelle le corset sera resté impuissant à contenir les débordements.

(*A suivre*).

MEMENTO PRATIQUE

Syphilis graves traitées par l'iode métallique par le Dr Bouveyron. — Dans la thérapeutique de la syphilis, l'iode n'a pas la place qu'il devrait avoir ; cela tient à ce qu'on ne l'emploie pas à doses suffisantes et sous une forme tolérable. Pour faire tolérer l'iode, il faut trouver un excipient qui ne se combine pas avec l'iode, qui en corrige la causticité et la saveur styptique et il faut enfin, pour empêcher la combinaison de l'iode avec les matières alimentaires, donner chaque dose une demi-heure avant chaque repas.

M. Bouveyron atténue la causticité de l'iode par la glycérine neutre et le sirop de sucre ; il dissout l'iode à l'aide d'une faible quantité d'iodure et, pour masquer le goût de l'iode, il prescrit l'acide citrique qui ne se combine pas avec lui. Il donne ainsi cette formule :

Iode métallique	1 gr.
KI	Q. s.
Glycérine neutre	5 à 10 gr.
A. citrique	15 gr.
S. de sucre	Q. s. pour 1.000 gr.

Commencer par 2 cuillerées à bouche par jour et arriver peu à peu jusqu'à 9 cuillerées que l'on doit prendre une demi-heure avant le repas, 9 cuillerées à soupe représentant 0 gr. 15 cent d'iode.

Sur 30 cas l'auteur n'a constaté que 2 cas d'iodisme.

Voici quelques observations à l'appui de l'efficacité de ce traitement :

Chez un malade de 45 ans, atteint de gommes ulcérées aux jambes, qui ne pouvait supporter de faibles doses d'iodure et de mercure, le traitement par le sirop iodé amena la guérison des gommes des jambes en moins de quinze jours

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une femme âgée de 33 ans qui était aphone et portait de plus une canule dans la trachée, qui toussait et crachait depuis un an, qui se plaignait de perdre l'intelligence, de souffrir depuis cinq mois d'une vive céphalagie nocturne, d'avoir des crises épileptiformes ; il n'y eut aucune amélioration malgré l'emploi de l'iodure (12 grammes en lavement) et des frictions mercurielles. Soumise au traitement par le sirop iodé, la malade fut débarrassée des troubles de l'intelligence et de la toux ; les crises épileptiformes furent plus espacées.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une femme de 23 ans, infectée par son mari le 10 août 1895 et présentant quarante-neuf jours après le mariage des symptômes secondaires. Malgré un traitement antisyphilitique énergique apparurent

en décembre des syphilides pustuleuses et une gomme du mollet qui mit plus d'un an à se fermer.

En mai 1897 elle se présenta devant le Dr Bouveyron avec des plaques muqueuses ulcéreuses de la gorge, un ulcère de l'oreille qui datait de trois mois et avait rongé le tiers de l'oreille, et des symptômes évidents de phtisie syphilitique qui avaient été précédés d'hémoptysie.

Sous l'influence du sirop iodé (2 cuillerées à soupe une demi-heure avant chaque repas) la malade se trouva améliorée, les symptômes pulmonaires disparurent, l'ulcère de l'oreille se cicatrisa. Le traitement est continué jusqu'à la fin de juillet. A cette époque la malade, se croyant guérie, cesse tout traitement et revient le 27 octobre avec une gomme qui a perforé la voûte palatine. Reprise du traitement iodé (9 cuillerées à soupe par jour); quelques symptômes d'iodisme; en moins de quelques jours il ne reste plus de la perforation qu'une petite fistule.

On remplace le traitement iodé par 3 pilules de Dupuytren. Neuf jours après, récidive, on revient au traitement iodé. Huit jours plus tard, la fistule était nette de nouveau et la malade n'expectorait plus ni sang ni pus. Le 29 novembre le médecin essaye de nouveau l'iodure à la dose de 6 grammes par jour et le 10 décembre il constate une nouvelle récidive et de l'expectoration sanglante. Nouveau retour à la médication. Nouvelle guérison le 22 décembre.

Aucun fait ne prouve mieux l'efficacité de la médication par l'iode et l'insuffisance relative du mercure et de l'iodure dans certains cas graves de syphilis. Dr Barbe.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

—

Médecins et sociétés de secours mutuels

Jugement du tribunal de Charleville.

Le Tribunal,

Ouï les avoués et avocats et leurs conclusions et plaidoiries, à l'audience du vingt-huit juillet mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, le ministère public aussi entendu en ses conclusions, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Attendu qu'aux termes d'une délibération du Conseil d'administration de la Société de secours mutuels de Monthermé-Laval-Dieu, le Dr Renson a été admis comme médecin de cette Société, que les honoraires ont été stipulés, à forfait, à raison de 4 francs par membre et par an ;

Attendu que Renson prévenu, le vingt-huit janvier mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, d'avoir à cesser ses fonctions le premier février suivant, protesta et continua ses soins aux membres de la Société ; que, le trente mars suivant, il fut averti à nouveau qu'il serait remplacé à partir du premier avril suivant ; qu'il prétend avoir été depuis lors, malgré ses protestations, mis par la Société dans l'impossibilité de remplir ses fonctions, et l'a assigné par exploit du vingt-deux du même mois d'avril pour voir dire que c'est à tort que Renson a été mis dans l'impossibilité de continuer son service médical ; que le traité ne prendra fin que le premier janvier mil neuf cent ; que dans la huitaine elle devra lui remettre sous une astreinte les lettres d'invitation et les feuilles de visites ; que pour le dommage causé elle lui paiera une indemnité de cinq cents francs ; qu'elle supportera en outre tous les frais ;

Attendu que la Société prétend n'avoir prié Renson de cesser ses fonctions que pour des motifs graves, qui sont, a-t-elle ajouté à la barre, des discussions marquant un désaccord constant au sujet d'honoraires ;

Attendu que le traité intervenu, le vingt janvier mil huit cent quatre-vingt-onze, entre la Société et Renson, sans détermination de durée, peut toujours cesser par la libre volonté de l'un ou l'autre des contractants, en observant toutefois l'usage des lieux et les conditions expresses ou tacites du contrat d'après la nature des services engagés, les habitudes professionnelles des contractants et les conditions de leur art ;

Attendu que le contrat envisagé stipule des honoraires à forfait par membre et par an, ce qui implique un engagement respectif d'au moins une année, que ce terme expiré le contrat continue tant qu'il n'est pas dénoncé; qu'il y a lieu au cas actuel d'examiner si la dénonciation a été faite sans motifs suffisants et sans avertissement préalable pour réparer le dommage causé par une rupture intempestive ;

Attendu qu'on ne pourrait en aucun cas obliger la Société qui s'y refuse à continuer l'exécution du contrat, qu'il tombe sous le sens en effet qu'on ne peut pas plus obliger des malades à subir le traitement d'un médecin, qu'on ne peut obliger un médecin à soigner des malades malgré lui ; mais que l'obligation de faire reconnue devrait se résoudre en dommages-intérêts ;

Attendu que les motifs allégués sont insuffisants pour autoriser la rupture brusque et par là même intempestive du contrat, que chacune des parties peut légalement agir au mieux de ses intérêts, mais dans cette limite qu'elle ne préjudiciera pas à l'autre ;

Attendu qu'il est constant que la Société ne pouvait obliger Renson à quitter son service sans un avertissement donné à l'avance de manière à lui permettre de rechercher une situation équivalente ; qu'elle l'a si bien compris que dans ses conclusions en cours d'instance elle lui offre l'année en cours à raison de quatre francs par membre, déduction faite des sommes qu'il a reçues du vingt-huit janvier au mois d'avril, époque à laquelle il a cessé ses fonctions ;

Attendu qu'étant donnée la nature des services rendus par Renson, l'indemnité offerte serait la réparation juste et équitable du préjudice que lui a occasionné son brusque congé ;

Attendu, d'autre part, que la Société a eu le tort de ne pas lui offrir tout d'abord cette indemnité ; qu'actuellement elle ne fait cette offre que subsidiairement sans présenter les fonds en espèces ; que cette offre est donc en l'état tardive et non satisfactoire, bien qu'il y ait lieu pour le tribunal à allouer au Dr Renson le chiffre qu'elle détermine pour tous dommages-intérêts en réparation du préjudice qui lui a été causé ;

Par ces motifs,

Jugeant en matière ordinaire et en premier ressort,

Condamne la Société de secours mutuels de Monthermé à payer au Dr Renson, pour toute indemnité à raison de la dénonciation du traité ci-dessus, une somme de quatre francs par membre de ladite Société, déduction faite des sommes que ce médecin aurait reçues du vingt-huit janvier mil huit cent quatre-vingt-dix-huit au mois d'avril suivant, époque de la cessation de ces fonctions ; la condamne en tous les dépens avec distraction au profit de Me Peckels, avoué, qui affirme en avoir fait l'avance ;

Et, attendu qu'il y a titre, ordonne l'insertion provisoire du présent jugement nonobstant opposition ou appel et sous caution ;

Déboute Renson du surplus de ses conclusions.

Ainsi jugé et prononcé en audience publique au Palais-de-Justice de ladite ville de Charleville, le onze août mil huit cent quatre-vingt-dix huit, par MM. Lejeune, président, Garnier et Péroux, juges, en présence de M. Thirion, substitut de M. le procureur de la République, et assistés de M. Georges, commis-greffier.

Signé en pareil au droit de la minute : E. Lejeune et A. Georges.

NOUVELLES

Distinctions universitaires. — Officiers d'académie : Sont nommés, le Dr Chapuis, de Lons-le-Saulnier, le Dr Gayet, médecin de division de l'escadre du nord.

Récompenses honorifiques. — Des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins ci-après dénommés, membres honoraires et participants des sociétés de secours mutuels :

Médailles d'argent : MM. les Drs Aubeau, Binet, M. Blum, L. C. Richet et Rondeau (de Paris) ; Bouchacourt et Duviard (de Lyon) ; Chapellier (d'Alais) ; Duvernois (de Belfort) ; Forest (de Troyes) ; Gandouet (de Frontenay) ; Jeanjot (de Douchery) ; Lefeuvre (de Rennes) ; Martin (de Saint-Jean-de-Trézy) ; Mercier (de la Bazoche-Gouët) ; Rousseaux (de Vouziers) ; Subert (de Nevers) et Crouzat (de Médéa).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Bondon, Descoust, Dromain, Fissiaux et Signez (de Paris) ; Berneuil (de Quevauvillers ; Frottier (du Havre) ; Godivier (de Bouëre) ; Gross (de Nancy) ; Lainey (de Rouen) ; Templé (de Rennes) et Thèse (de Rochefort).

Mentions honorables : MM. les Drs Blaie et Tucker (de Paris) ; Bardy (de Belfort) ; Goux (d'Agen) ; Lestocquoy (d'Arras) ; Perrotte (de Confrançon) et Sénac (de Cours).

Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. le Dr Deshayes (de Saint-Eugène), pour acte de courage et de dévouement.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 2 septembre 1898, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. Barran, en remplacement de M. Fontaine, décédé ; — Marchoux, en remplacement de M. Vergaz ; — Lafage, en remplacement de M. Mondon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Cognacq ; Mille, en remplacement de M. Barran, promu ; — de Lavigne Sainte-Suzanne, en remplacement de M. Marchoux, promu ; — Houillon, en remplacement de M. Lafage, promu ; — Pelletier, en remplacement de M. Toché, promu ; Blin, en remplacement de M. Allain ; — Delassus, en remplacement de M. Chaussade ; — Dethève ; — Le Roux, en remplacement de M. Maclaud.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 août 1898, MM. les Drs Allard, Decorse et Michel sont nommés médecins auxiliaires des colonies.

Musée Dupuytren. — M. le Dr A. Pilliet est nommé au poste de conservateur du Musée Dupuytren. Depuis quatre ans, il occupait ce poste à titre de délégué.

Verges américaines. — On lit dans la *Clinique* de Montréal, d'août 1898 :

« On dit que le chirurgien en chef de l'armée américaine a donné de fortes commandes d'instruments de chirurgie à des manufacturiers de New-York, en vue de la guerre actuelle. Il aurait commandé aussi 4.000 verges de sparadrap. »

Ça ne doit pas être bien solide.

Nécrologie. — Le Dr Blumenthal (Henri), ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Paris le 31 août à l'âge de cinquante-quatre ans. — Le Dr Bron (Félix) de Granieu (Isère), décédé subitement à l'âge de soixante-neuf ans. — Le Dr Morelle (Joseph), médecin-major de première classe en retraite, décédé à Lille. — Le Dr Dauzat, de la Bourboule, reçu en 1875. — Le Dr Levieux, de Bordeaux, reçu en 1841. — Le Dr Monnange, de St. Maur-les-Fossés (Seine), reçu en 1889.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès international de Neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie. — Première session tenue à Bruxelles du 14 au 21 septembre 1897 ; discours et communications publiés par le Dr Crocq fils, secrétaire général. Trois fascicules grand in-8° (534 pages) **5** francs (Félix Alcan éditeur, Paris).

Dans ce congrès ont été réunis pour la première fois, les neurologues, les psychiatres, les électrothérapeutes et les psychothérapeutes. On a pensé avec raison que les distinctions entre ces différentes branches de la neurologie sont plutôt artificielles que pratiques et que les résultats obtenus dans chacune d'elles ne peuvent être inutiles aux autres.

Les questions à l'ordre du jour étaient les suivantes : *Le traitement chirurgical de l'épilepsie* (rapporteur M. le Professeur Vinkler) ; *Valeur séméiologique et pathogénique des reflexes* (rapporteur M. le Professeur Mendelssohn) ; *Pathogénie et traitement du goitre exophthalmique* (rapporteur M. le Professeur Eulenburg) ; *De la valeur séméiologique des réactions anormales des muscles et des nerfs* (rapporteur M. le Professeur Doumer) ; *L'hypnotisme et les suggestions criminelles* (rapporteur M. le Professeur Liégeois).

Ces questions ont été l'occasion de vivantes discussions entre entre les savants de tous pays qui prenaient part au Congrès. En outre, on trouvera dans cet ouvrage un certain nombre de travaux intéressants présentés par leurs auteurs, en dehors des questions à l'ordre du jour.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : **Fucoglycine** Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES **rhéo-ferrées VIGIER** spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*